

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1070400963		
法人名	ケアサプライシステムズ株式会社		
事業所名	グループホームどんぐり		
所在地	群馬県伊勢崎市韭塚町1193-9		
自己評価作成日	平成24年4月24日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど
所在地	群馬県前橋市大渡町1-10-7 群馬県公社総合ビル5階
訪問調査日	平成24年5月11日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

①現在地域との交流を増やし、いろいろな行事に参加をするようにしている。スイカ割りやお祭りの休憩所としては地域の行事として溶け込む事が出来ている。
 ②ホームに訪問して下さるボランティア行事を積極的に増やしている。(紙芝居、ギター演奏、ラッキーなかよ会し、ダンビアの会、エージレス体操、ハーモニカ演奏、読み聞かせなど)
 ③年に4回ご家族様とホーム長、職員の面談の機会を持っている。ホーム全体の様子、ホーム内での利用者様の様子を直接説明させて頂き、ご家族様が普段疑問に思っている事やご希望を聞く機会になっている。ゆっくりと時間を取ってお話をする事が出来る為、双方の意思の疎通に役立つことが出来ている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

職員は年に2回、自己評価をして自己の勤務を振り返る機会があり、その内容に沿って法人課長・管理者・職員が話し合い、職員から意向や要望を聞く場としている。この会合は職員の仕事に対してのモチベーションを上げ、職員の質の向上にも反映されている。理念に掲示している地域との交わりを意識しながら、地域行事に積極的に参加したり、地元ボランティアの訪問を受けたり、地元商店で食材を購入したりと、地域と事業所との共生関係を大切に考えながら日常的な交流を心掛けている。家族等の意見を反映するために家族の都合に合わせて家族・法人課長・管理者・職員等が話し合いをする機会を年に4回設けている他、法人経営の全グループホーム利用者家族に無記名でアンケートをお願いしている。家族数が多いので記載者を特定出来ない事もあり忌憚のない意見を聞くことが出来、その結果をホーム運営に活かすよう努めている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓該当するものに○印		項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー) です。]

自己 外部	項目	自己評価	外部評価		
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
I.理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	地域密着型サービスの役割を理解し、開所時よりその事を意識した事業者独自の理念を掲げ、日々利用様との関わりの中で笑顔を大切にしている。また地域との共生に向けても、地域の方との関りを積極的に行い、職員全員で実践に取り組んでいる。	事業所設立時より地域との関わりを意識した理念を掲げており、職員会議や申し送り時に確認しながら話し合っている。職員各自が申し送りノートを持ち、常に自己の言動を振り返り実践に取り組んでいる。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会に参加しており、回覧板や地域の方との会議時に地域のいろいろな行事を知り参加をするようにしている。西瓜割りや子供みこしの休憩所としては、地域の行事の一つとして溶け込んでいる。地域からのボランティアも受け入れている。	自治会に加入しており、回覧板や区長・民生委員等から地域行事の情報を得て参加するようにしている。子供神輿の休憩所を提供し、利用者と地域の人達が直に触れ合う機会を持っている。地域の方がボランティアとして各種慰問や草むしりの手伝いに訪れており交流の機会が多い。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の方が来苑された時や、地域の行事に参加をした機会などを通して、認知症の利用者様に日々どのような関っているかの情報を流し、また質問をされたことに対してお答えする事で認知症の方の理解を深めて頂いている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実践、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は2ヶ月に1回開催している。以前に比べご家族様の参加も増え、行事報告やホームの生活状況(食事や一日の過ごし方、ホームで出来る医療行為等)を説明する機会にしている。また参加された方からご意見やご要望をお聞きし、サービスの向上に役立っている。	運営推進会議は年に6回開催しているが、うち1回は行政関係者は都合で欠席している。ホームからは行事や利用者の状況の報告をし、参加者からは意見や要望を聞いている。食事の取り方や看取りについての意見交換等が行われている。参加していない家族に対しては会議の内容を3ヶ月に1回行っている家族との面談で伝えている。	県と市の関係者より行政の都合で欠席の場合は出席したとみなして良いとの話を聞いているとのこと。市の担当者欠席の場合は運営推進会議に相応する場で情報交換を行い、サービスに活かしてはいかかがか。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	主に法人の担当課長が市役所対応の窓口になり、報告、相談、助言を受け、その内容をホーム長と共有する事で、サービスの向上に役立っている。また運営推進会議で直接市役所の方とお会いする機会にも積極的に関わりを持つようにしている。	主に法人の担当課長が行政との窓口となって報告や相談をしたり助言等を受けている。課長と管理者は密に話し合う機会を持って、情報を共有している。課長自身もホームを訪ねて利用者の様子を自らの目でみる機会を多く持つようにしている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	「身体拘束排除マニュアル」の配布やホーム会議、運営推進会議で話し合いの機会を持つようにしている。また、転倒の危険が高い利用者様へはケアを工夫する事で、拘束はしないで転倒のリスクを下げる努力を行っている。玄関の施錠については、折に触れ検討をしている。	「施錠を含めて身体拘束をしないケア」に付いてはホーム会議や運営推進会議で話し合っている。玄関がデイサービスとの共用のためデイサービスの意向もあり日曜日以外は施錠している。近頃のマンションで放火騒動があり、警察から施錠をしておくようにとの話もあったが、日曜日は施錠しない時間帯を作っている。	玄関の施錠は身体拘束に含まれることを関係者が再認識し、デイサービス職員と話し合いを持ちながら鍵をかけることが常態化しない方向で更なる検討に期待したい。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	新聞等で虐待の記事が出た時は、ホーム会議などで話し合う機会を設けている。また、「高齢者の虐待防止の基本」等の資料を用い、「これも虐待と同じ事」という認識を定期的に振り返る機会をホーム会議や運営推進会議を通して行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在利用者様の中に成年後見人制度を活用している方がいらっしゃる為、ホーム会議の中で学ぶ機会があった。また、以前他の利用者様のご家族様に相談された時はホーム長とケアマネが中心に相談にのった。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約の締結、解約時は入所時に書面にて説明し、サイン印を頂いている。また内容の変更時は書面にして説明し、同様にサイン印を頂いている。また入所時には重要視されなかった項目が、体調の低下等で再確認が必要な時は面談時など使い再度理解し納得して頂ける様にしている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	入所時に書面にて苦情申し立ても窓口の説明を行っている。またホーム内に意見箱を置いたり、運営会議や家族面談時、来苑時にホームの方から積極的に声をかけ話しやすい雰囲気づくりを心がけている。昨年は無記名のアンケートも実施し、貴重なご意見もいろいろ聞かれ、サービス向上に役立っている。	年に4回、家族の都合を優先させて家族、管理者、法人課長、職員(1人)が一堂に会して面談する時間を持ち、利用者の状況を説明しながら家族の意向や要望を聞いている。又、法人経営のグループホーム利用家族全員に無記名でアンケートを依頼し、18施設あるため個人が特定出来ない事もあり率直な意見が聞かれる。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	ホーム会議時に職員の意見を聞く機会を設けている。また年2回自己評価後のフィードバック時、担当課長と管理者で面談を行い、個別に意見を聞く機会を作っている。	管理者は職員会議や日常業務の中で職員の意見等を聞くようにしている。年に2回、職員が自己評価を行い、それに基づき管理者、法人課長、職員が話し合って職員の意見を聞いている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年2回の賞与査定時に、自己評価を行ってもらい担当課長とホーム長でそれぞれ再評価を行う。その後の面談結果も反映している。また、休日や労働内容も出来る範囲で希望に沿うよう対応している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実践と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	ホーム内の勉強として月に一回担当職員が課題を見つけレポートを提出している。また毎月のホーム会議では認知症の勉強会を行い、法人内では研修委員会を立ち上げ事例などの発表会も予定している。地域密着型連絡協議会の研修など参加するようにしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	地域密着型サービス連絡協議会に加入しており、グループホーム大会への参加や情報交換、職員の交換研修などに参加をするようにしている。		

自己 外部	項目	自己評価	外部評価		
		実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所前に利用していたケアマネ様などから情報を得たり、入所前面談などを実施し、入所前に予想される問題事項の対策を検討する。またどのような生活を送り、どのような事を好まれるかなどの情報を得て、居心地の良い生活環境を提供できるように心がけている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所前に利用していたケアマネ様などから情報を得る。またホーム長やケアマネが入所前面談を実施し、入所をするきっかけになった原因を知り、ご家族様のご希望などを確認後、ホームとして提供できるサービスの説明や他不安に思われている事に対しわかりやすく説明するようにして		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	いろいろな情報や実際来苑した時の様子から、その方が今何が一番危険なのか、何を不安に思っているのかを把握し、対応するよう努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	お元気な時や入所前どのような生活を送られていたのか、現在どのような事が出来なくなっているのか、どこを手伝えればまだ可能なのか、何がしたいのかの把握に努め、一緒にやる事で少しでも長く出来るようケアプランに反映させ実施している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	いろいろな機会に来苑して頂けるよう、支払いの持参、家族面談の実施、運営会議の参加の促しを行っている。また、どんぐりだよりを定期的に発行、行事の写真の提供、来苑時の様子を話すなどご家族様が身近に感じて頂けるよう工夫をしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	外出、外泊に行くことが可能な利用者様のご家族様には、「一緒に出かけられるのは今のうちですよ」と説明をさせて頂き、馴染みの所に行き、来て頂けるよう促しをしている。また近所のスーパーにいられた知人がホームに尋ねてこられたり交流を続けて頂いている。	家族の面会時にはゆっくりと話が出来るよう配慮している。昔仲人をした御夫婦の面会や携帯電話での家族との会話、年賀状の支援等を行っている。家族と一緒に自宅や公園に出かけることもある。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	話がかみ合わない、急に怒り出す、言われた事に傷つく等トラブルになることもある。また利用者様同士の関係も変化が見られる。そのような状態を職員が日々把握し、間に入ったり、見守ったりする事で、社会性のある人間関係を築けるよう努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	ご家族様に求められれば相談等に応じる事は退所時に一言添えるようにしている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	ご本人様からご希望を伺う事が難しく、また自宅へ帰る等の実現困難な希望が多い。そのような中でも、以前はどのような生活を送られていたか把握し、どのような生活がこの方にとって望ましいかを考え、ご家族様を含め検討している。	日常生活の中で利用者との会話を多く持って、思いや要望を汲み取るようにしている。意思疎通が困難な場合は家族からの情報を基に対応している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご家族様や利用されていたサービスの担当の方から、生活歴などの情報提供を頂くようにしている。ご本人様からは日常生活の会話の中でいろいろ話しを聞き、把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の生活の中でも、その人その人で一日の過ごし方が決まってくるので、それらを把握し、病状の進行、体調の変化など状態が変わる時は、日々の申し送りやホーム会議などで情報の共有を図っている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日々の生活の中で、その方にとって現在何が課題になっているかをそれぞれのスタッフが把握し、面会時や家族面談時にご家族様から気づいた事やご希望をお聞きし、必要時は医師、看護師からもアドバイスを頂いている。それらを月一回のホーム会議で話し合い、ケアマネがそれらを取り入れた計画を作成している。	本人の思いは日頃の生活の中で、家族の要望や意向は来訪時に聞き、それらを踏まえてホーム会議やカンファレンスで話し合い介護計画を作成している。月に1回のモニタリングと3ヶ月に1回及び更新時や変化のある時には随時の見直しをしている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々のケア記録、個人別状況経過記録や申し送りで情報の共有を図り、変化があった時はホーム会議以外でもケアマネに情報を流している。必要時は定期のケアプラン以外でもケアプランの見直しを行っている。また毎月ミニカンファレンスで状態の確認を行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	利用者様の病状の進行、心身の状態、ご家族様の環境などそれぞれ違い、ニーズも違う為、その方その方に合った介助の仕方をホーム会議などで検討し対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域の方々、ご家族様、知人の方、ボランティアの方々、他の施設の利用者様と職員、周囲の自然環境など利用者様が関わりを持ついろいろな人や物との繋がりを切る事が無いよう、ホームが仲立ちの支援をしている。		
30	(11) は希望す	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入所時にどの病院に対応してもらうかの選択をして頂き、ご希望に沿った対応をしている。かかりつけ医は月2回訪問診療を行い、急変時の対応をして頂いている。外部の先生をご希望の時はホームの様子を伝えたり、いろいろな生活上の疑問点などをご家族様への伝達や手紙で頂ける様に対応している。	本人・家族の希望するかかりつけ医となっている。全員が協力医をかかりつけ医として月2回の訪問診療を受けている。状況に変化がなければ毎月の利用料納入時等に知らせている。歯科は希望により訪問診療を受けられる。緊急時にはドクターの指示に従いホームで対応している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	週に1回、契約をしている訪問看護ステーションより来苑し、利用者様の健康チェックをして頂いている。その時に質問用紙に書いてある事の返事を頂き、また体調変化時は24時間電話にて相談にのってもらえ、必要な指示をもらっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した際は必要な情報を入院先に提供する。入院中はご家族様から状態を聞き、面会も適宜行くようにしている。退院後に必要な情報はホーム長が中心になり情報を提供して頂けるよう依頼をするなど、退院がスムーズに行くよう努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	今までホームで息を引き取るまでの看取りを4件行い、それぞれ違いはあったが、この点はご家族様のご協力が無ければ出来ないという事ははっきりした。その為ご家族様面談時に話をさせて頂いている。今後は今までの経験を生かしながら、関係する全員で協力し合い、少しでも満足して頂く事が出来る対応をしていきたい。	事業所としての重度化や終末期に向けた方針が作成されており、重要事項説明書に記載し、入居時に家族に説明している。関係者の協力により4人の方の看取りを経験している。職員は管理者の指導を受けながら学習を重ねている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	毎年AEDの研修を行って対応を再確認している。。また、系列ホームで大きい事故が発生した時は、ホーム会議の中で振り返りを行い、「どうしたらよかったか」を話し合い同様の事故防止に努めている。ヒヤリハットや通常の事故報告書も職員皆で情報を共有している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回消防署の協力を得て、昼夜を想定した避難訓練を行っている。災害に備え食料や水の備蓄をしている。運営推進会議では地域の協力が必要な事を依頼する機会を持つようにしている。	消防署の協力により年に2回避難訓練を行っている。備蓄としてパン・水、非常時持ち出しバックが用意されている。	いざという時に速やかに避難誘導が出来るよう、自主的な訓練の機会を持つ事を検討して欲しい。

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	職員教育として入職初日にスタートブックを基に接遇やプライバシーについて学ぶ機会を設けている。いろいろなチェック表もイニシャル表示に心がけている。また排泄促し時の声かけの仕方をホーム会議で振り返る機会を持つ事もあった。	職員心得として入職時に接遇やプライバシーの確保等に付いて学習している。特に排泄時の声かけには配慮している。難聴の人に接する場合には行き違いが見られる事があるので、気付いた時には話し合っている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	利用者様それぞれ、ご自分の事を表わしやすい方と、自己主張が苦手な方がいらっしゃる。それぞれの性格を把握し、いろいろ関る中で少しでも思いを引き出すことが出来るよう工夫している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	その方、その方の長年の生活スタイルがある為、それらを把握し、対応をするように努めている。また活動についても無理強いするのではなく、ご本人様が気持ちよく参加をして頂けるような誘いがけを工夫している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	髪の毛を整えることが不十分な方には、起きた時に職員が手伝い、お化粧を希望される方は続けて頂いている。また訪問美容で2ヶ月に1回ご希望を伺いながら髪の毛のカットをしてもらっている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食べたい食材を伺い取り入れるようにしている。また、利用者様のレベルが低下し、以前のように食器洗いなどの参加は出来なくなっているが、食べた後食器を端によせ重なるなど出来ることをして頂いている。	週に2日は管理栄養士の献立により、他の日は近隣の商店で食材を購入、利用者の希望を取り入れた食事を提供している。利用者はテーブル拭きや食事後に食器を重ねてテーブルの端にまとめる等出来ることをしている。車椅子の方も普通の椅子に移り、職員は利用者のペースに合わせて一緒に食事を楽しんでいる。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	利用者様の好みを把握し、食事量や水分量は全職員が把握できるようにしている。また食欲低下が続く時は看護師などに相談し経口栄養食を取り入れたり、水分が少ない方には好む物を取り入れたりしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	歯磨きが不十分な方には職員が対応している。舌苔の付着には十分注意をはらっている。それらの介助時も自尊心を傷つけないよう常に気をつけるようにしている。何か問題が生じた時は、対応を職員で検討している。		

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	現在すべての利用者様をトイレ排泄で対応している。訴えの乏しい方は、その方の排泄パターンを取り入れた誘導を行うことで失敗を減らし、リハビリパンツから布パンツ、大きいパットから小さいパットなどへの移行も積極的に行っている。	排泄パターンを把握し適切な誘導をすることで日中は全ての利用者がトイレで排泄するよう支援している。経済的なことを考慮しながらパット使用の工夫や布パンツへの移行に努めている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	食物繊維を多く含んだ食材の提供を増やす様にする。牛乳を毎日提供する。午前中のレクは体操を取り入れ体を動かすようにする。水分摂取を促す。看護師に腸の動きを確認してもらうなど取り組んでいる。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	ご希望があれば毎日入浴も可能であるが、逆に入浴拒否の方も多く、週3回は入浴して頂ける様対応している。拒否が強い方は娘様と一緒に入れてみるなど対応を工夫した。	ホールの目に付き易い所に何時でも入浴が出来る旨の案内を掲示している。基本的には週に3回で午後入浴となっているが、デイサービスと共用のため話し合いで何時でも入浴は可能で、午前中も対応している。拒否の場合は対応を工夫しながら入浴支援をしている。状況によっては足浴やシャワー浴で対応している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	昼夜逆転傾向になりやすい方が多い為、日中はなるべく起きていて頂けるよう働きかけている。しかし体調などで日中臥床時間が必要な方は取り入れている。就寝薬は夜間の転倒の危険性を高める内服をされている方に対しては特に注意をしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	5月より居宅療養服薬管理を開始し、服薬の安全性の強化を図る予定。また薬剤情報は個々のファイルにはさみ、常に確認できるようにしている。特に注意が必要な薬はホーム会議で勉強をして、ケアプランにも記載している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	その方が何をするのがお好きなのか把握し、ホームで出来ることは提供していく。(外出、歌、役に立つ仕事、お花を見ることなど) 特にない方も新たな楽しみが見つけれられるよういろいろ提供してみる。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	利用者様のレベルや職員体制から一対一で外出対応をする事は難しいため、季節毎に計画を立て、四季折々の雰囲気や戸外で味わって頂けるよう努めている。またご家族様の対応が可能な利用者様に対しては、面談時などに、ご家族様との関りが持てる外出の必要性などをお話し、促しを行っている。	ホーム前にある公園の散歩・お弁当持参で季節のお花見等戸外に出る機会を作るよう工夫している。家族の方と外出される利用者もいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	その時の利用者様のレベル、お金を持ちたいという希望をを検討し、ご家族様の方了承を得てお財布に小額のお金を持って頂いた事はありませんが、現在では対応されている方はいない。実施中は取られたとの妄想の出現が無いに注意し対応している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご家族様のご希望で昼食後毎日携帯電話でご本人様とお話をする事が習慣になっている方がいる。また、今後も特にご家族様から禁止という強い希望が無い限りは、希望時は対応していく予定。年賀状は毎年出してもらっている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	ホールの席はその時の利用者様の人間関係も考えながら席を決め、居心地のいい自分の場所を提供している。希望時は椅子にご自分の座布団を使っている。わかりにくいトイレは表示している。季節に合わせ室温、湿度の調整も行っている。	ホールには利用者の楽しそうな行事の写真・観葉植物・書・置物等があり、その配置や飾り付けに工夫が見られ落ち着いた雰囲気となっている。利用者がテレビを見たり、会話を楽しめるようホールはゆったりとしたスペースがあり、ソファも配されている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	季節によってたたみのスペースや椅子のスペースを活用し、ホーム内自立の方はお部屋やホールをお好きなように行き来したり自由に過ごして頂いている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入所時は自宅で使用していた家具や身近な物を持ってきて頂けるようお話をしている。お一人だと混乱をして転倒の危険性の高い方は夜眠る時くらいしかお部屋にいかれない方もいて、その方にとっては安心でき、馴染みの場所がホールになっている。	家族の写真・ぬいぐるみ・整理ダンス・テーブルと椅子・お気に入り歌手のカレンダーやポスター等、使い慣れたものや好みのものが持ち込まれ個性のある居室となっている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	手足の動きに問題は無いが、動作が混乱をして出来なくなるという事が多く、出来ないことが自信喪失につながる事もある。簡単な動作で安全で確実に出来る事提供して、身の回りの事は少しでも自分でやって頂けるよう促しをしている。		